

การประเมินผลการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อำเภอบ้านไผ่ จังหวัด ขอนแก่น

Evaluation of COVID-19 Preventive and Control on Community Isolation in Ban-phai District, Khon-kaen Province

(Article submitted: AUG, 2022; final version accepted: SEP, 2022)

สุมาลี นีละพันธุ์^{1*}

Sumalee Neelapunt¹

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (2003) เพื่อ ประเมินความสำเร็จการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน และศึกษารูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 ถึงสิงหาคม 2565 พื้นที่ศึกษา คัดเลือกจาก Community Isolation ที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ เขตเทศบาลเมืองเพี้ย บ้านลานและหนองน้ำใส กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารระดับอำเภอ 2) ผู้บริหารระดับตำบล 9 คน 3) เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน Community Isolation 31 คน 4) กลุ่มแกนนำชาวบ้าน 9 คนและ 5) กลุ่มผู้รับบริการ HICI 443 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1)แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารระดับอำเภอและตำบล (2)แบบสอบถามความคิดเห็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์ และการดำเนินงานการจัดตั้ง Community Isolation (3)แนวทางสนทนากลุ่มแกนนำ และ(4)แบบเก็บข้อมูลผู้รับบริการ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า1) ด้านบริบท หลังจากรับนโยบายระดับจังหวัด เครือข่ายอำเภอบ้านไผ่ มีการประชุมเพื่อนำสู่การปฏิบัติ มอบหมายความรับผิดชอบระดับปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามผู้ติดเชื้อสู่ระบบHICI มี Cup manager ได้แก่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ /นักระบาดวิทยา/แพทย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมการปฏิบัติงานในCommunity Isolation ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ความพร้อมของทรัพยากร ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในภาพรวมไม่เพียงพอ 3) ด้านกระบวนการ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ มีการสำรวจข้อมูล ประเมินปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลและหาทางแก้ไขร่วมกัน ประชุมร่วมกันเป็นระยะ ๆ มีการบูรณาการแผนงาน (ร้อยละ 66.6) ชี้แจงแนวทาง แบ่งบทบาทหน้าที่ มีเครือข่ายชุมชนเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท จัดขอรับบริจาคสิ่งของและเครื่องใช้ ทำให้ผ่านอุปสรรคได้ 4) ด้านผลผลิต พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้า Home Isolation และ Community Isolation ได้มีที่อยู่กักตัว และได้รับการอย่างเป็นระบบ ผู้ติดเชื้อหายดีกลับบ้านได้ ไม่มีผู้ติดเชื้อหลังดำเนินการ

คำสำคัญ: การประเมินผล, Community Isolation อำเภอบ้านไผ่, โรคโควิด 19.

Abstract

This evaluation research have a purpose To study the prevention and control of COVID-19 in Ban Phai District Khon Kaen Province . Using the conceptual framework CIPP Model (2003) to assess

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านไผ่

*Correspondence to: E-mail: Bettermomsumaree@gmail.com

the success of establishing Community Isolation in the prevention and control of COVID-19 in the community, and to study the model of community isolation establishment. The study was conducted during June 2021 to August 2022. The study areas were selected from community isolation that met the criteria, i.e. Mueang Pia Sub-district, Ban Lan and Nong Nam Sai Subdistricts. The sample groups consisted of: 1) District executives 2) 9 sub-district administrators 3) 31 community isolation practitioner networks 4) 9 village leaders and 5) 443 HICI service recipients. of district and sub-district executives (2) A questionnaire for the opinions of the network operators about the situation and the implementation of the establishment of Community Isolation (3) Guidelines for the main group discussion and (4) the service recipient data form data analysis quantitative data used descriptive statistics and qualitative data used content analysis.

The results of the study found that: 1) Contextual, after adopting provincial-level policies, Ban Phai District Network. There is a meeting to put into practice. Assign operational responsibilities as well as tracking infected people to HICI with a Cup manage , including primary care service personnel /epidemiologist/doctor/director of Tambon Health Promoting Hospital. Follow up on operations in Community Isolation with local officials. 2) Input factors, availability of resources, personnel, budget, materials and equipment as a whole is not enough 3) Process has appointed a committee .There were data surveys, problem assessments, data analysis and solutions together. meeting together periodically, plans were integrated (66.6 percent). Clarify the guidelines, divide the roles and duties. There is a community network as a social cost that exists to participate in discussions, define roles, arrange for donations of items and equipment. 4) In terms of productivity, it was found that infected people who entered Home Isolation and Community Isolation had a quarantine address. and receive systematic service Those who have recovered can go home. There were no infections after the procedure.

Keywords: Evaluation, Community Isolation, Phai District, Covid-19.

บทนำ

ประเทศไทย เมื่อวันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2564 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2564)⁽¹⁾ พบผู้ป่วยรายใหม่ 1,335 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 35,910 ราย หายป่วยแล้ว 28,322 ราย เสียชีวิตสะสม 97 ราย โดยประเทศไทย อยู่ในอันดับที่ 112 ของโลก เป็นการระบาดของสายพันธุ์อัลฟา (อังกฤษ)ถึงร้อยละ 85-90 ซึ่งระบาดเร็วกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม (อู่ฮั่น) 60-70 % ระยะต่อมา ที่ปรึกษาศูนย์บริหารได้ประกาศสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไวรัสกลายพันธุ์เดลตา(อินเดีย) โดยพบว่า แต่เดือนมิถุนายน-

กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบสายพันธุ์เดลตาทั่วประเทศ ร้อยละ 30 ซึ่งถือว่าการระบาดเร็วมาก (เร็วกว่าสายพันธุ์อัลฟา 40 %) โดยเฉพาะ กรุงเทพฯและปริมณฑล พบมากถึงร้อยละ 50 กระทรวงสาธารณสุขสั่งการให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในต่างจังหวัดจัดทำแผนจัดระบบดูแลการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการกักตัวในชุมชน (Community Isolation) รองรับผู้ป่วยโควิด 19 กลับภูมิลำเนา (รัฐบาลไทย ข่าวกระทรวงสาธารณสุข, 2564)⁽²⁾ จัดทำแนวทางการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 ของแต่ละจังหวัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยการบริหารจัดการในแต่

ละจังหวัด บริหารจัดการเตียง และระบบดูแลการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยนำแนวทางที่กระทรวงกำหนดปรับใช้ให้ตรงกับบริบทแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ให้กรมควบคุมโรครับผิดชอบจัดทำกล่องสำหรับดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น จัดส่งไปยังจังหวัดต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าระบบรักษาตัวที่บ้าน ลดอาการป่วยหนักและเสียชีวิต ซึ่งภายในประกอบด้วย โปรท็อกซ์ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ยาพาราเซตามอล ยาฟ้าทะลายโจร หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ พร้อมจัดส่งยาฟ้าฟิวรีวีร์ให้แต่ละจังหวัด 2-3 หมื่นเม็ด

รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด (เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบ้านไผ่, 2564)⁽³⁾ พบว่า ผู้เข้ารับบริการโรงพยาบาลบ้านไผ่ในช่วงมีการระบาดทั้งหมด 3,828 ราย ผู้ป่วยในอำเภอบ้านไผ่สะสมเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวน 67 ราย รักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ 43 ราย มาจากต่างอำเภอ 12 ราย จากพื้นที่เสี่ยงมีภูมิลาเนาที่อำเภอบ้านไผ่ 31 ราย รับใหม่พื้นที่เสี่ยง 11 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลบ้านไผ่ได้เร่งดำเนินการจัดหาเตียงรองรับผู้ป่วยโควิด 19 สามารถรองรับได้ 40 เตียง ซึ่งไม่พอกับจำนวนผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในอำเภอบ้านไผ่ จึงได้จัดตั้ง Community Isolation ตามพื้นที่ตำบล หมู่บ้านต่าง ๆ ในเดือนกรกฎาคม 2564 ใช้เป็นสถานที่แยกผู้ติดเชื้อ เพื่อลดการแพร่เชื้อในชุมชน ผู้วิจัยมีความมั่นใจที่จะศึกษาประเมินผลการจัดตั้ง Community Isolation ในชุมชน ลดการระบาดโรคโควิด-19 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ศึกษาเป็นแนวทางการตัดสินใจในการบริหารหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกำกับ ติดตามและประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค อันจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนศึกษารูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP ของ Stufflebeam (2003)⁽⁴⁾ ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม ปี พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา คัดเลือกจาก Community Isolation ที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งได้แก่ Community Isolation เขตเทศบาล ตำบลเมืองเพีย บ้านลานและหนองน้ำใส ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ/ปลัดอำเภอและนายกเทศมนตรี ผู้บริหารระดับตำบลประกอบด้วย 1) นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น /ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 9 คน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานใน CI ของหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 31 คน กลุ่มแกนนำชาวบ้าน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเขตเมือง ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 9 คนและกลุ่มผู้รับบริการ HICI ทั้งหมดในอำเภอบ้านไผ่ จำนวน 443 คน

วิธีดำเนินการ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 – กรกฎาคม ปีพ.ศ.2565

1) เป็นการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการระบาดวิทยาของโรค

2) ออกแบบ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3) ประสานบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่คัดเลือกอย่างไม่เป็นทางการ จากนั้นจัดทำหนังสือราชการถึงผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย ขอความอนุเคราะห์เข้าเยี่ยมและรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นผู้บริหารต่อการดำเนินการได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน HIC โดยตรง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่เทศบาล/องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus group interview) แกนนำเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุเพื่อทราบถึงกิจกรรมและความพร้อมด้านต่าง ๆ ในการดำเนินงานในพื้นที่ตัวอย่าง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ปีพ.ศ.2565

ระยะที่ 3 ระยะรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ แปรผล จากเก็บข้อมูลที่ได้มา ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ปีพ.ศ.2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ได้แก่ (1)แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารระดับอำเภอและตำบล (2)แบบสอบถามความคิดเห็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์ และการดำเนินงานการจัดตั้ง Community Isolation (3)แนวทางสนทนากลุ่มแกนนำ และ(4)แบบเก็บข้อมูลผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

การประเมินด้านบริบท พบว่า อำเภอบ้านไผ่ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 10 ตำบล 113 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่ เทศบาล 2 แห่ง อบต. 9 แห่ง หน่วยบริการสาธารณสุข CUP บ้านไผ่ มีโรงพยาบาลบ้านไผ่ (โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU)จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 แห่ง มีประชากร 67,665 คน จำนวน 24,799 หลังคาเรือน บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ แพทย์ 23 คน พยาบาลวิชาชีพ 143 คน นักวิชาการสาธารณสุข 32 คน มีวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรที่มุ่งให้บริการที่มีคุณภาพ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีในระดับพื้นที่ เมื่อได้รับนโยบายร่วมระดับประเทศ จังหวัดขอนแก่นมีคณะทำงานการสนับสนุนการให้บริการและรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีการชี้แจงแนวทางและคำแนะนำในการจัดการยาสำหรับผู้ป่วยใน Community Isolation จัดทำระบบรายงานการจัดการยาในระบบ CI ซึ่งมีรายงานในระบบตามเว็บไซต์ของจังหวัด แนวทางการติดตามการใช้ยาใน Home isolation และ Community isolation และขั้นตอนรับส่งผู้ป่วยโควิดเข้าสู่ Home Isolation และ Community Isolation จังหวัดขอนแก่น

อำเภอบ้านไผ่ มี community Isolation รวม 13 แห่ง รองรับผู้ติดเชื้อเข้าพัก 140 เตียง ซึ่ง Cup Managerประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน นักระบาดวิทยา 1 คนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 13 แห่ง PCUเมือง(หน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง) 4 แห่ง ทั้งนี้ จะมีการประชุมทีมทุกวัน โดยมีนักระบาดวิทยารายงานสถานการณ์การตรวจเชื้อ หน่วยปฐมภูมิ

เป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานจัดตั้ง community Isolation แพทย์ประจำพื้นที่ตามหลักการ “3 หมอ (ก่อนนอนโรงพยาบาล, หลังออกจากโรงพยาบาล, โรงพยาบาลสนาม) ศูนย์พักคอยอำเภอ (community Isolation) เริ่มจัดตั้งขึ้นในเดือนกรกฎาคม 2564 โดยความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ สำนักงานอำเภอ เทศบาลเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีตำรวจภูธร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาขอนแก่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ วัด โรงเรียน ฯลฯ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีสถานที่พักคอยในระหว่างการรอเตียงเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ให้บริการผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม ปีพ.ศ.2564 โดยได้จัดเป็น community Isolation

ได้แก่ ศูนย์พักคอยโนนสว่างหรือศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาขอนแก่น และในแต่ละตำบล ก่อนที่จะให้เข้าสู่ชุมชน

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านความพร้อมและเหมาะสมด้านทรัพยากร

จากการสอบถามความคิดเห็นผู้บริหารและของผู้ปฏิบัติงานต่อความพร้อมทรัพยากร พบว่า ทรัพยากรไม่เพียงพอทุกด้าน โดยความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า ด้านบุคลากรเพียงพอเพียงร้อยละ 27.6 งบประมาณเพียงพอร้อยละ 40.0 และวัสดุอุปกรณ์เพียงพอร้อยละ 23.3 ส่วนความคิดเห็นของต่อความพร้อมด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์มีเพียงพอต่อการปฏิบัติงานร้อยละ 50.0

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อความพร้อมทรัพยากร(ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สื่อ เผยแพร่

ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านบุคลากร(N=31)	8(27.6)	21(72.4)
ด้านงบประมาณ(N=30)	12(40.0)	18(60.0)
ด้านวัสดุอุปกรณ์(N=30)	7(23.3)	23(76.7)
ด้านสื่อเผยแพร่ เอกสารสิ่งพิมพ์(N=30)	15(50.0)	15(50.0)

การประเมินด้านกระบวนการ

ผลการประเมินกระบวนการดำเนินการ พบว่า ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ จัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 93.5 มีปฏิทินการปฏิบัติการร้อยละ 83.3 มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ตำบล ได้ทราบและเห็นด้วยร้อยละ 96.8 มีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ร้อยละ 87.1 มีการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบร้อยละ 93.5 และนำข้อมูลที่สำรวจได้มากำหนดเป้าหมายของแต่ละอำเภอ/ตำบลร้อยละ 90.3 มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร้อยละ มีการณรงค์

เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการร้อยละ 87.1 นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การจัดหาทรัพยากรด้วยการขอรับบริจาคจากภาคเอกชน และออกพื้นที่ชี้แจง/ประสานกับชุมชนโดยตรง จากการสอบถามผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีการเขียนโครงการแยกเนื่องจากเป็นโครงการเร่งด่วน ใช้การบูรณาการโครงการสาธารณสุขเดิมของ อบต. สนับสนุน ในส่วนของเครือข่ายภาคประชาชน ได้ดำเนินการเขียนโครงการของงบประมาณ/ขอรับบริจาคสิ่งของจากภาคเอกชน นักการเมืองในพื้นที่ โดยงบประมาณในช่วงแรกอาจจะไม่เพียงพอ เนื่องจากใช้เฉพาะงบประมาณทางกระทรวงสาธารณสุข มีการตั้งคณะทำงาน บูรณาการแผนทุกภาคส่วน ประชุมก่อนดำเนินงาน ประชุมประเมินเป็นระยะ ๆ จากการ

จัดการแบบเป็นระบบ เตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่สถานที่อุปกรณ์ ทำให้มีสถานที่สำหรับผู้ติดเชื้อ ลดการแพร่ระบาดเชื้อในชุมชนได้ ในหน่วยบริการจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ถึงความจำเป็น/ต้องการแต่ละราย และมีการมอบหมายตามบทบาทเกี่ยวข้อง ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายผู้ใช้บริการได้ชัดเจนเพราะเป็นการส่งกลับภูมิลำเนาจากต่างถิ่น ดังนั้นมีภาคีเครือข่าย

สาธารณสุขที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน เกิดการแบ่งงาน มีเครือข่ายชุมชนเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่มาร่วมกำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด ในระดับหมู่บ้าน มีการประชุมชมหมู่บ้าน ประชุมชาวบ้าน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน(N=31)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน	การดำเนินงาน	
	ดำเนินการ	ไม่ได้ดำเนินการ
1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดตั้ง Home Isolationและ Community Isolation	29(93.5)	2(6.5)
2. ทำแผนงานโครงการฯ ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร มีปฏิทินการปฏิบัติการ	25(83.3)	5(16.7)
2.1 มีการนำข้อมูลและปัญหาในพื้นที่มาใช้ในการวางแผน	28(90.3)	3(9.7)
2.2 นำผลวิเคราะห์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ผ่านมาประกอบในการวางแผน	27(87.1)	4(12.9)
2.3 มีการกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน	30(96.8)	1(3.2)
3. มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอทราบ	30(96.8)	1(3.2)
4. มีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดตั้ง Home Isolationและ Community Isolation	27(87.1)	4(12.9)
5.สำรวจข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	29(93.5)	2(6.5)
6. นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำกำหนดเป้าหมายของแต่ละอำเภอ/ตำบล	28(90.3)	3(9.7)
7. ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	30(96.8)	1(3.2)
8. มีการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการฯ	27(87.1)	4(12.9)
9. อื่น ๆ เช่น จัดหาทรัพยากร ด้วยการขอรับบริจาคจากภาคเอกชน	13(54.8)	16(55.2)

จากสนทนากลุ่มผู้นำ แกนนำชุมชน 9 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเมือง 2 คนผู้ใหญ่บ้าน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน พระภิกษุ 1 รูป พบว่าในการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีภาคีเครือข่ายสาธารณสุขที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน เกิดการแบ่งงาน ซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด มีการประชุมชมหมู่บ้าน ประชุมชาวบ้าน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชน ซึ่งบริบทในบางพื้นที่ ชาวบ้านเกรงว่าจะมีจุดพักคอยคนติดเชื้ออยู่ใกล้และจะทำให้เชื้อโรคแพร่สู่ชุมชน ในการเข้าเยี่ยมผู้รับบริการ มีการไปที่บ้าน ระยะเวลาต่อมาได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ท่านหนึ่งกล่าวว่า

“อาสาสมัครสาธารณสุขประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลอดค่ะ เช่น จะมีชาวบ้านที่สงสัย/ล้มป่วยไข้ จึงมีการตรวจเป็นระยะ ๆ จะต้องกักตัวรอฟังผล เมื่อผลบวก หมอโทรมาให้เตรียมคนไข้ ก็จะไปแจ้งให้เตรียมตัวไป จะมีโรงพยาบาลมารับ”

พระภิกษุจากวัดแห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า

“ญาติโยมสนับสนุนร่วมบริจาคอาหารน้ำดื่ม กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อดูแลซึ่งกันและกัน

ผู้ใหญ่บ้าน ท่านหนึ่งกล่าวว่า
 “มีการปิดหมู่บ้าน อบต.ให้ความ
 สนับสนุนข้าวสารอาหารแห้ง พระวัดจันทร์ จ้างแม่
 ครวทำข้าวกล่อมมาแจก ตั้งเต็นท์หน้าหมู่บ้าน มีทีม
 เข้ามาเยี่ยมทุกวัน โดยเฉพาะ ผอ.รพ.สต.”

การประเมินด้านผลผลิต

ภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อที่เข้า Home Isolation และ Community Isolation จำนวน 443 คน แยก เป็น HI 157 ราย ร้อยละ 34.5 CI 258 รายร้อยละ 64.3 ส่วนใหญ่ภูมิลำเนาอยู่ในตำบลเมืองเพีย ร้อยละ 18.5 เพศชายจำนวน 247 ร้อยละ 55.8 เพศหญิง 196 ร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 25-49 ปี ร้อยละ 47.9 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 47.4 โดยใช้ สิทธิเบิกค่ารักษาจากประกันสังคมนอกเขตร้อยละ 33.4 ในกลุ่มอายุ 15ปี ขึ้นไปมีจำนวน 370 ราย มี น้ำหนักเกิน 70 kg ถึงร้อยละ 25.4 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ ($18.5-23.4 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 45.1 ลักษณะอาการในระยะเข้าพัก HICI พบว่า ส่วน หนึ่งไม่มีอาการใด ๆ ร้อยละ 46.0 ผู้ที่มีอาการ จะมีไอ ร้อยละ 28.9 รองลงมาจะมีน้ำมูกเสมหะร้อยละ 20.1 มีไข้ร้อยละ 13.1 เจ็บคอร้อยละ 10.4 ปวดตาม กล้ามเนื้อร้อยละ 10.8 หายใจลำบากร้อยละ 3.2 เหนื่อยหอบร้อยละ 7.7 ปวดศีรษะร้อยละ 8.8 ไม่ได้ กลิ่นร้อยละ 13.5 ถ่ายเหลวร้อยละ 1.8 จำหน่ายจาก HICI โดยกลับบ้านร้อยละ 99.5

ปัจจัยทำให้ผลการดำเนินงานให้บรรลุตาม เป้าหมาย ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์เร่งด่วนไม่มีใน แผนงานปกติ ผู้บริหารทั้งหมดเห็นว่ามีการทำงาน ร่วมกับเครือข่าย มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งแกนนำชุมชนได้ประสานงาน/ดูแลผู้ติดเชื้อ ร่วมกัน ทำให้บรรลุตามเป้าหมาย นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชนมีสถานที่พักเพื่อลดการแพร่ระบาด เชื้อในชุมชน มีการดำเนินงานตามแผนบูรณาการ มี การดำเนินการโดยประชุมชี้แจง แบ่งงานกันทำ ทำ ตามขั้นตอนกับทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่

เกี่ยวข้อง มีระบบการสื่อสารตัวต่อตัวผ่าน line โทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

1. ในระดับพื้นที่เมื่อได้รับนโยบายร่วม ระดับประเทศแล้ว จึงได้ดำเนินการโดยมีคณะทำงาน การสนับสนุนการให้บริการและรักษาพยาบาลผู้ติด เชื้อ COVID-19 ได้มีแนวทางและคำแนะนำในการ จัดการยาสำหรับผู้ป่วย ใน Community Isolation จัดทำระบบรายงานการจัดการยาในระบบ CI ซึ่งมี รายงานในระบบตามเว็บไซต์ของจังหวัด แสดงให้เห็น ว่า นโยบายระดับประเทศลงสู่พื้นที่มีอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นที่จะป้องกันและลดการแพร่เชื้อ ภายใน อำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน ประชุมร่วมกัน แบ่งงานกันทำ ซึ่งพินิจ พ้าอำนวยการ (2564)⁽⁵⁾ ศึกษาสถานการณ์ และความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า ใน สถานการณ์จริงในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลส่วนใหญ่ สามารถรับมือกับสถานการณ์การ ระบาดได้ ในสถานการณ์จริงในพื้นที่ สามารถบริหาร จัดการในพื้นที่ โดยการระดมบุคลากรจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ มาช่วยกันในการ ค้นหาเชิงรุกในแต่ละแห่งได้ โดยการแบ่งเป็นทีมและ ผลัดกันทำกิจกรรมในแต่ละวัน โดยอาจจะลดกิจกรรม ในสถานการณ์ปกติบางอย่างลง

2. พื้นที่ขาดความพร้อมด้านบุคลากรจาก ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรเพียงพอเพียง ร้อยละ 27.6 การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ เพียงพอ ร้อยละ 40.0 และวัสดุอุปกรณ์เพียงพอเพียงร้อยละ 23.3 ความพร้อมด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มีน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานร้อยละ 50.0 ซึ่ง จากความคิดเห็นจากผู้บริหารก็เช่นกัน พบว่า คณะกรรมการฯ มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ ปรับลด ขั้นตอนการทำงาน กรณีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่ ไม่เพียงพอ ได้จัดหน่วยรับบริจาคจากภาคเอกชน ชุมชน นอกจากนี้เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจัดหาสถานที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

ความคุ้นเคยเป็นกันเองกับแกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ให้คำแนะนำ ประกอบกับมีต้นทุนทางสังคม/ชุมชน เดิมเป็นอย่างดี ทำให้เข้าถึงผู้ติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ (2564)⁽⁶⁾ พบว่า กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ การพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน และรูงทิวา มากอ้อม และคณะ(2563)⁽⁷⁾ ศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมการระบาดของ โควิด-19 โดยเทศบาลเมือง อ่างทอง พบว่าผู้นำในพื้นที่มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการสถานการณ์ ผ่านประสบการณ์เมื่อมีภัยพิบัติที่เกิดขึ้น เช่น ไข้หวัดนก น้ำท่วม ก็สามารถรับมือจนประชาชน มีความมั่นใจ และหันมาปรึกษาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง อาหาร สด หรือ คุปองรับอาหารที่ร้านอาหารต่าง ๆ ทำให้ทรัพยากรเพียงพอต่อการให้บริการ

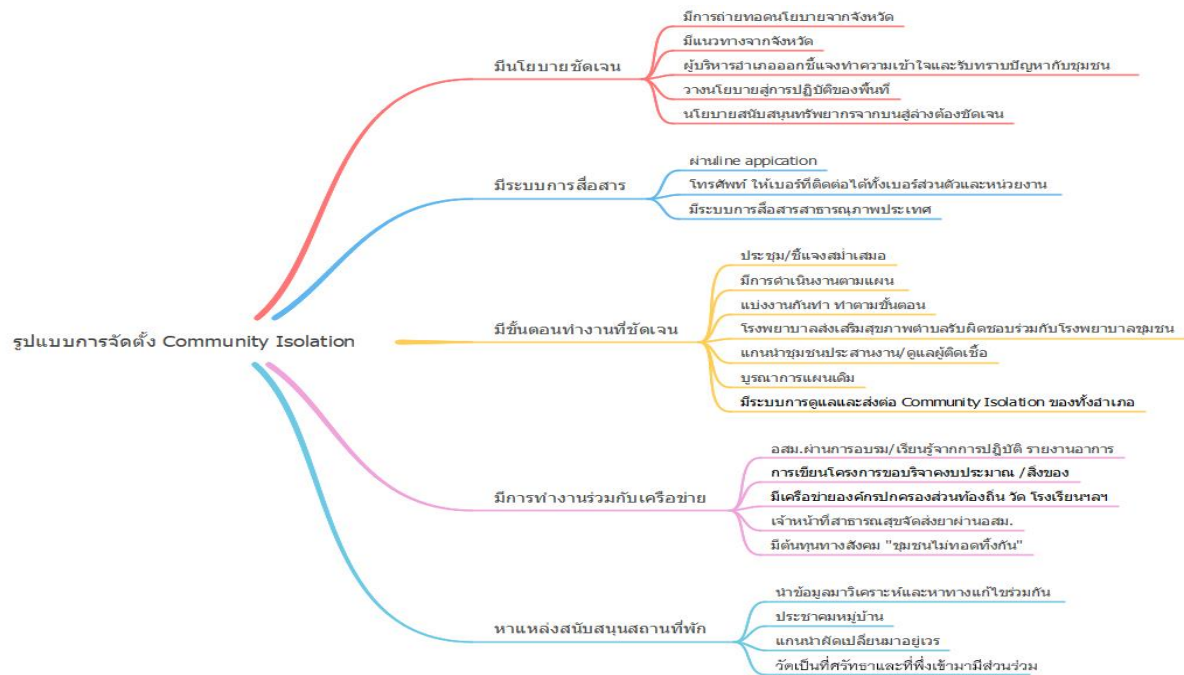
3. การดำเนินงาน เพื่อลดการระบาดของโรคโควิด 19 เครือข่ายอำเภอบ้านไผ่ ได้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 93.5 มีปฏิทินการปฏิบัติการร้อยละ 83.3 มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ตำบล ได้ทราบและเห็นด้วยร้อยละ 96.8 มีการสำรวจข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ประเมินปัญหา นำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขร่วมกัน จะมีการประชุมกันเป็นระยะ ๆ ร้อยละ 66.6 มีการบูรณาการแผนงานชี้แจง แบ่งงานกันทำตามมติที่ประชุม ร้อยละ 50.0 สอดคล้องกับแนวคิดโมเดล CIPP โดยผู้ดำเนินงาน ควรประเมินกระบวนการขณะปฏิบัติอยู่ โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดำเนินโครงการได้อย่างเหมาะสม การประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการในระหว่างที่มีการปฏิบัติการหรือ การดำเนินงานตามแผนนั้น เพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่จะ

นำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ

4. ปัจจัยทำให้ผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ผู้บริหารเห็นว่าการทำงานร่วมกับเครือข่าย มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งแกนนำชุมชนได้ประสานงาน/ดูแลผู้ติดเชื้อร่วมกัน หากอยู่ในช่วงสถานการณ์เร่งด่วน มีการดำเนินการโดยประชุมชี้แจง แบ่งงานกันทำ แกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุขทำตามขั้นตอนกับทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารตัวต่อตัวโดย / ระบบการสื่อสารผ่าน line Application โทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าหอกระจายข่าวบางแห่งเครื่องเสียงใช้ไม่ได้ ดังเช่น WHO (2019) ⁽⁸⁾ กล่าวว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมมือกันอย่างแข็งขันในการควบคุมโรค เป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จในประเทศไทย เช่นเดียวกันกับบัณฑิต เกียรติกุลวงศ์ (2564)⁽⁹⁾ วิจัย การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ไข มีส่วนร่วมในการดำเนินการและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งทุกขั้นตอน อีกทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้เรื่องโรค COVID -19 แก่ประชาชนในพื้นที่ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ในตอนเช้าทุกวัน มีส่วนร่วมเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนลดลงอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ (2564)⁽¹⁰⁾ ศึกษาแบบป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันตนเอง การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เพื่อนำความรู้และทักษะไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่

การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย
การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกต
อาการ 14 วัน การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม
อาการในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบร่วมกับทีมผู้นำ
ชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่

5. สังเคราะห์รูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มศักยภาพการผลิตและกระจาย
ทรัพยากรสุขภาพ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น
ภายในประเทศสู่ระดับปฏิบัติรากหญ้า การจัดให้มีการ
สนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงาน
อาจจัดให้มีเพิ่มเติมมากขึ้นตามความเหมาะสม
รวดเร็วต่อสถานการณ์โควิด 19 และภาวะเศรษฐกิจ

2. ควรเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และศักยภาพ
ประชาชนไทย ให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพ
(Self-care) ได้มากขึ้น เพื่อลดการไปสถานพยาบาล
การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ
และเวชภัณฑ์ ให้สามารถประมวลผลได้อย่างแม่นยำ
รวดเร็ว โดยต้องเป็นระบบที่ไม่สร้างภาระเพิ่มเติมใน
การทำงาน

3. ควรมีรูปแบบและช่องทางสื่อสารที่
หลากหลาย ครอบคลุมในทุกมิติของข้อมูล มีผู้สื่อสาร
ที่มีอิทธิพลทางสังคม ควรเป็นองค์ประกอบที่ครบถ้วน
ตามหลักการสื่อสาร คือมีกระบวนการและกลไกการ
สื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน
โดยเฉพาะการสื่อสารไปยังระดับภูมิภาคและระดับ
จังหวัด อำเภอ

4. การมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) เป็นองค์ประกอบที่ต้องการการพัฒนา
อย่างต่อเนื่อง จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าช่อง
ทางการมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีจำกัด การมีที่
ปรึกษา/ ผู้รู้ชี้แนะต่อการสอบถามข้อกังวล และ
คำถามต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. “ไวรัสสหทัยสายพันธุ์อังกฤษ โควิดระลอก 3 ลามไทย”. [ม.ป.พ.]; [เข้าถึงเมื่อ 27 ต.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30682>.
- 2.รัฐบาลไทย ข่าวกระทรวงด้านสังคม. [อินเทอร์เน็ต]. “สธ. ให้ สสจ. และรพ.ในต่างจังหวัด เตรียมรับผู้ป่วยโควิด 19 กลับภูมิลำเนา”. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่: 22 ก.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ต.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/44033>.
- 3.เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบ้านไผ่. รายงานการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาในระบบ Home Isolation และ Community Isolation. เอกสารอัดสำเนา. ประกอบการประชุมคณะทำงานเฝ้าระวัง สบสสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วยโควิด. วันที่ 16 สิงหาคม 2564.
- 4.Daniel L.Stufflebeam. [อินเทอร์เน็ต]. The CIPP Model for Evaluation. International Handbook of Educational Evaluation. Kalamazoo. Michigan University :The Evaluation CenterWestern; (2003) [cited 2021 Oct 27]; Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-0309-4_4.
- 5.พินิจ ฟาอานวยผล. การศึกษาสถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ. [กรุงเทพฯ]: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564. น. 95-96.
- 6.จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, และไพศาล เขียวถาวร. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครสวรรค์: โรงพิมพ์สยามศิลป์; 2564.
- 7.รุ่งทิวา มากอ้อม, จิตติกร โตโพธิ์ไทย, และชมพูนุท โตโพธิ์ไทย. บทเรียนจากการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอ่างทอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 14; 4(ตุลาคม-ธันวาคม). 2563: 489-506.
- 8.World Health Organization (WHO). [Internet]. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report – 12 April 2020. [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-12-tha-sitre-50-covid19-finala0161210534642308b23a2965a57a44c.pdf?>
- 9.บัณฑิต เกียรติจตุรงค์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 3; 2(กรกฎาคม –ธันวาคม 2564): 193-208.
- 10.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ดิษฐพล ใจซื่อ, อภิรติ เจริญกุล, ทิพาพรรณ สมจิต, ชลดา กิมมาลา, และปณิศา ครองยุทธ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. เอกสารอัดสำเนา. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2564.